

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 180

Contribution à l'Étude

DES

Blessures Accidentelles

DE LA VESSIE

Pénétration au niveau de la région périnéo-anale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN THIBAUDET

Né à Saint-Germain-du-Plain (Saône-et-Loire), le 17 août 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 180

Contribution à l'Étude

DES

Blessures Accidentelles

DE LA VESSIE

Pénétration au niveau de la région périnéo-anale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN THIBAUDET

Né à Saint-Germain-du-Plain (Saône-et-Loire), le 17 août 1876



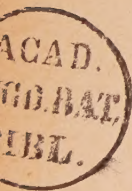
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSSEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques ..		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agréé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. CONDAMIN, Assesseur
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON ÉPOUSE

ET A MA FILLE BIEN AIMÉE

AVANT-PROPOS

L'étude générale des blessures de la vessie a été faite maintes fois. Max Bartels, en particulier, à qui nous ferons de larges emprunts, en a réuni jusqu'à 500 observations.

Il n'en est pas de même des lésions vésicales produites par un instrument quelconque pénétrant au niveau de la région ano-périnéale. Elles revêtent cependant, du fait de cette région même, du fait du mécanisme habituel de leur production (l'empalement accidentel) une physionomie toute spéciale.

L'empalement accidentel a été traité par un élève de M. le professeur Poncet, le D^r Ecochard, mais à un point de vue général, sans distinction d'organe lésé. De plus, cet auteur n'a pas eu connaissance du volumineux travail de Bartels (1) : nous y avons

(1) Max Bartels, *Archiv. für Klinisch Chirurgie*, 1878, T. 22.

trouvé pour notre propre travail vingt et une observations d'empalements accidentels intéressant la vessie.

Mentionnons également la thèse de Maltrait, inspiré par Vincent (de Lyon) ; elle traite également des blessures de la vessie à un point de vue d'ensemble. Toutefois, nous n'aurions garde d'oublier, qu'après une série remarquable d'expériences, ce chirurgien a apporté au traitement des plaies vésicales intrapéritonéales une donnée importante en se prononçant nettement pour la laparotomie dès que la péritonite s'ébauche.

Notre but est de montrer que, de ces blessures vésicales bien étudiées dans leur ensemble, on peut distraire une catégorie bien spéciale, ayant une histoire clinique différenciée : ce sont les plaies qui partent de la région ano-périnéale.

Classiquement, nous exposerons cette histoire clinique en traitant successivement leur :

- I. — Etiologie. — Mécanisme.
- II. — Symptomatologie.
- III. — Complications.
- IV. — Diagnostic.
- V. — Pronostic.
- VI. — Traitement.

Quant à l'anatomie pathologique, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à la thèse d'Ecochard, nous réservant seulement, au fur et à

mesure de l'exposition, de revenir sur les points qui intéressent plus spécialement notre étude.

Nous terminerons par la relation des vingt-huit observations (1) que nous avons pu réunir, réservant la première place à une observation inédite, très complète, point de départ de ce travail : nous la devons à l'obligeance de M. le Dr Rafin. Il nous permettra, à cette occasion, de lui exprimer notre gratitude pour les multiples services qu'il nous a rendus en nous prodiguant les leçons de son expérience, tout d'abord, en nous fournissant ensuite le sujet de cette thèse.

M. le professeur M. Polloson nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous apprécions toute la valeur de cette marque de bienveillance et le prions d'agréer tous nos remerciements.

Nous n'aurions garde d'oublier le service inappréciable que nous ont rendu M. le professeur agrégé A. Polloson, et M. le Dr Commandeur, accoucheur des Hôpitaux. Dans des circonstances qu'ils ont sans doute encore présentes à la mémoire, ils ont prodigué leurs soins à une personne qui nous est chère. Qu'ils nous permettent de leur adresser tout spécialement l'expression de notre gratitude.

(1) Vingt-neuf observations exactement sont rapportées à la fin de cette thèse, mais la vingt-neuvième est donnée à titre de curiosité, il s'agit probablement d'un simulateur.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. — Mécanisme.

Dans tout le cours de cette étude avant tout clinique, nous raisonnerons exclusivement sur les vingt-huit observations transcrites au dernier chapitre.

Etiologie. — a). *Sexe.* — Toutes les observations se rapportent à des hommes, sauf la dernière; et encore s'agit-il probablement d'une vulgaire échappée d'un crayon servant à des manœuvres de masturbation. Ce fait s'explique aisément par les habitudes respectives des personnes de l'un et l'autre sexe, les hommes étant infiniment plus exposés à ce genre d'accidents que les femmes, du fait même de leurs occupations.

b). *Instruments vulnérants.* — On peut les diviser en instruments piquants, instruments mousses,

armes blanches. Les instruments piquants, sont en cause dans les trois quarts des cas (19/28). Il s'agit presque toujours de pointes de bois (piquets, fourches de bois, éclats de bois), puisque dans deux cas seulement sur dix-neuf, l'accident se rapporte à des objets en fer (Obs. IV-XXVI). Nous verrons en étudiant les complications de ces blessures que cette constatation a son importance : en effet, une tige de fer se retire d'une seule pièce, tandis qu'un piquet laissera souvent, dans la vessie, des fragments de bois qui deviendront à peu près fatalement le noyau d'un calcul ultérieur.

Les instruments mousses sont à peu près toujours des pieds de chaise mise à l'envers, retournée par exemple, et superposée à une autre chaise. Dans un cas, il s'agit d'un coup de corne.

Les armes blanches sont : deux fois une épée, une fois un couteau, enfin, arme bizarre, un fer rouge manié par un forgeron.

Mécanisme. — La région périnéale n'est pas facilement accessible aux agents qui peuvent la blesser.

Pour que la pénétration se fasse, deux conditions sont nécessaires. *a*). Le patient tombe d'une certaine hauteur sur l'instrument vulnérant; *b*). Il tombe les jambes écartées ou repliées en avant.

a). La région périnéale est placée relativement bas, comme, d'autre part, la vessie n'est atteinte que si la blessure se fait à peu près verticalement de bas en haut, il en résulte que le patient a dû, avant son acci-

dent, s'élever au-dessus du sol, au-dessus de l'instrument qui va lui transpercer le périnée. En effet, quinze observations sur vingt-huit mentionnent que le blessé est tombé d'une voiture, d'un échafaudage, d'une meule de paille, etc. Il est à peu près certain que dans tous les cas les choses ont dû se passer ainsi.

b). Le patient tombe les jambes écartées ou repliées. Les jambes lorsqu'elles sont rapprochées l'une de l'autre et allongées, dérobent à peu près complètement la région périnéale aux coups du dehors. Le patient tombant ainsi, les jambes en contact, ne pourrait être blessé qu'en arrière et au-dessus de la région périnéale et le sacrum protégerait sa vessie. D'où cette conclusion que le blessé pour s'empaler, doit tomber à califourchon, les jambes écartées ou encore repliées en avant ; le périnée est alors découvert et vulnérable. Cette seconde condition n'est mentionnée que dans quatre observations (I, XII, XXVII, XXVIII), il est vrai, mais il doit en être ainsi dans la majorité des cas. Quoi qu'il en soit, il est indéniable que ce soit là une circonstance qui favorise singulièrement la production de ces sortes de blessures.

La vessie est à peu près fatalement atteinte dans l'empalement accidentel. Pourquoi ?

En faisant le total des observations d'empalement accidentel (Thèse d'Ecochard. + Obs. de cette thèse)

on obtient 38 cas : 11 seulement n'intéressent pas la vessie. Cet organe est donc atteint dans une proportion de 70 0/0 dans l'empalement. Pourquoi cela ? D'une façon générale, on peut dire que la réplétion de la vessie en fait un organe tendu, relativement volumineux, très accessible aux agents vulnérants qui pénètrent dans son voisinage (Larrey) ; mais ce n'est là qu'une prédisposition, non une cause. — Ecochard en donne une explication ingénieuse :
« Supposons un pal introduit par l'anus, il pénétrera
« sous l'influence du poids du corps. Le centre de
« gravité de ce corps étant situé en haut et en arrière,
« tendra, en l'absence de toute autre force à faire
« prendre au corps étranger la direction de la vessie. »

*Quel est la voie suivie par l'instrument pour
atteindre la vessie ?*

La pénétration peut se faire :

a) *En arrière de l'anus.* — C'est une constatation rare (Obs. II), mais intéressante, car alors le rectum est perforé en deux endroits : tout près de l'anus, à la partie postérieure ; un peu plus haut, à la partie antérieure ; la vessie est alors abordée sur sa face postérieure, entre la prostate et le cul de sac péritonéal, recto-vésical.

b) *Dans l'anus même.* — Le chemin parcouru est le même que précédemment ; toutefois il n'y a qu'une seule perforation sur la paroi antérieure du rectum (7 cas).

b) *Sur les côtés.*— En avant de l'anus.— Dans les deux cas précédents, le rectum est forcément intéressé; si l'entrée se fait en avant de l'anus ou latéralement, entre l'anus et l'ischion, il n'en est plus de même. La vessie, surtout distendue, déborde le rectum latéralement et d'autre part le rectum est loin de remplir tout le petit bassin; dès lors, le trajet de la blessure pourra longer le rectum sans l'intéresser en passant, soit sur les côtés, soit en avant, selon le cas.

Sur les côtés, il pénétrera la peau, le creux ischio-rectal, le releveur de l'anus, la vessie (Testut. Splanchn. fig. 325, Edition 95). En avant, il passera entre le bulbe de l'urèthre en avant et le sphincter en arrière, dans le triangle uréthro-rectal; il arrivera à peu près fatalement sur la prostate qu'il déchirera, pour pénétrer ensuite le bas-fond de la vessie (Obs. VI, XVIII, XXVIII).

Exceptionnellement, dans un cas très curieux d'ailleurs, (Obs. XXVIII) le piquet ayant pénétré en avant de l'anus, transperça en deux endroits le rectum *sur la face antérieure*, grâce à l'angle à sommet antérieur que fait cet organe, immédiatement au-dessus du sphincter.

Le péritoine ne peut être atteint qu'à travers une double perforation vésicale.

La chose est évidente : la vessie représente, grossièrement, une sphère, un ovoïde creux; l'instrument vulnérant, pénétrant en un point quelconque de la

surface de cette sphère devra ressortir par un autre point, avant d'atteindre le péritoine qui recouvre sa partie supérieure (Obs. IV, VI, XIII, XXIII, XXV, XXVIII).

Quant au cul-de-sac péritonéal recto-vésical, il est inaccessible aux instruments qui, partis du périnée, lèsent la vessie. Une ligne droite partie d'un point quelconque de l'espace compris entre la racine des bourses et le coccyx cesse d'intéresser la vessie, si on la fait aboutir à ce cul-de-sac.

Il nous reste à signaler quelques particularités propres aux trois espèces d'instruments vulnérants que nous avons admis.

Les instruments piquants donnent, en quelque sorte, le type des blessures que nous étudions (75 o/o).

Les instruments mousses causent des dégâts aussi considérables que les instruments piquants : on est étonné de voir des pieds de chaises, présentant une surface de quatre à cinq cent. carrés, pénétrer assez loin pour perforer deux fois la vessie (Obs. X, XIII). Nous croyons qu'il faut chercher l'explication de ce fait dans la disposition anatomique de la région. Dans son ensemble, on peut considérer le périnée comme un diaphragme tendu entre le pubis, les ischions, le coccyx : le malade tombe les jambes écartées ou repliées en avant, il porte par le fait au maximum la tension de ce diaphragme musculo-aponévrotique. Ajoutons à cela que la chute se fait souvent d'assez haut (du haut d'une échelle (X),

d'une table (XII), d'un escalier (XIII). On conçoit alors qu'un instrument mousse passe aussi bien qu'une pointe, comme à l'emporte-pièce. Le même pied de chaise, frappant un plan musculaire qui fuirait devant lui, l'abdomen par exemple, n'y pénétrerait certainement pas de la sorte.

Les Armes (Obs. XXI, XXII, XXIII, XXIV). — Le coup est porté de bas en haut. Il est porté par derrière. Ce sont exactement les conditions que nous avons énumérées précédemment pour l'empalement proprement dit. Une seule différence : le blessé ne tombe pas sur l'instrument vulnérant, c'est l'instrument qui va le frapper de bas en haut. Pour les mêmes raisons que précédemment, le blessé est frappé par derrière, le plus souvent dans l'attitude accroupie. L'observation XXI est très explicite à cet égard : « Un forgeron poussa avec tant de violence un fer rouge dans le derrière d'un jeune homme... ».

Au point de vue du mécanisme, on doit ranger les coups de corne à côté des blessures faites par une arme blanche. Le taureau frappe de bas en haut de ses cornes, comme le ferait un couteau manié dans la même direction. Le patient est frappé par derrière.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Les grandes perforations qui atteignent le péritoine et l'intestin, masquent en général, par le fracas et la soudaineté de leurs symptômes, ce qui se passe du côté de la vessie. Une étude des lésions vésicales pures ne saurait s'occuper de ces grands traumatismes, sans altérer la netteté du tableau. On ne sera donc pas étonné de nous voir les reléguer un peu au second plan, tout en reconnaissant leur importance, et de les signaler simplement pour ne pas encourir le reproche de fausser les statistiques, en écartant systématiquement la principale cause de mort dans les blessures que nous étudions.

Symptômes.— Nous traiterons donc : I^o Des plaies intra-péritonéales ; II^o des plaies extra-péritonéales.

1^o Les plaies intra-péritonéales relevées dans nos observations se présentent avec leur cortège habituel de symptômes ; le hoquet, les vomissements, la sensibilité et le ballonnement du ventre, la petitesse et la rapidité du pouls, l'élévation de la température, l'agitation, le délire annoncent l'invasion de la péritonite.

La perforation péritonéale se superpose, naturellement, à la plaie de la vessie : par conséquent les signes que nous énumérerons tout à l'heure aux plaies extra-péritonéales appartiennent également aux plaies intra-péritonéales.

Il est un fait qui nous intéresse spécialement dans ces blessures intra-péritonéales, parce qu'il est spécial à la pénétration par la région : un instrument pénétrant de la sorte ne peut atteindre le péritoine qu'après avoir perforé la vessie en deux endroits (Voir Mécanisme).

2^o Les plaies extra-péritonéales. — Mentionnons simplement les symptômes assignés par les auteurs aux blessures de la vessie, considérées en général.

Bouilly en admet deux : l'écoulement de l'urine par la plaie, les hémorrhagies.

Pousson insiste sur un troisième ordre de faits : les troubles de la miction (1).

Voyons de plus près les points spéciaux à la catégorie de blessures de la vessie que nous étudions.

(1) On trouvera ces symptômes exposés *in-extenso* dans la thèse d'Ecohard, dans tous les traités classiques de la vessie.

1^o *Signes physiques.* — La lésion se résume en un trajet fistuleux, allant du périnée à la vessie. Nous étudions *a)* son orifice superficiel, *b)* son trajet.

a). *L'orifice superficiel*, nous l'avons vu, peut être placé en arrière de l'anus, sur les côtés ou en avant, enfin l'instrument a pu pénétrer dans l'orifice anal lui-même. Ces distinctions ont de l'importance, car à chacune d'elles correspondent des lésions du rectum très différentes (Voir mécanisme). — Revenons sur le cas où l'instrument pénètre par l'anus. Dans certaines circonstances, un simple examen *de visu* laisserait supposer qu'il n'existe aucune espèce de lésions, soit superficielles, soit profondes. L'observation XXVII est très instructive à cet égard : « L'anus arrive juste sur le corps vulnérant qui « l'écarte plus qu'il ne le déchire, si bien que plus « tard on ne trouve à l'extérieur aucune cicatrice « révélatrice d'une déchirure quelconque. En un mot, « l'inspection de la région ne pouvait faire soupçon- « ner un sérieux traumatisme, cependant la pointe « avait pénétré jusque dans la vessie... »

Par l'orifice cutané, par l'anus lui-même, on voit sourdre l'urine. C'est sa voie d'échappement toute tracée, après l'accident. Il semble qu'il devrait toujours en être ainsi, que l'urine devrait toujours passer par le rectum, puis gagner l'orifice cutané du trajet. Dans quelques cas cependant (Obs. I-II), c'est le phénomène inverse qui se produit, les matières passent dans la vessie, se mêlant à l'urine, apparaissent au méat, fournissant ainsi un précieux

appoint au diagnostic parfois épineux de la fistule recto-vésicale :

b). Trajet de la fistule. — Fistules vésico-cutanées 5/28. — Fistules vésico-rectales 23/28.

On voit par cette courte statistique que le rectum est intéressé en même temps que la vessie dans une proportion de 82, 0/0. C'est là la caractéristique des blessures de la vessie par empalement, au point de vue symptomatologie. Les cinq exceptions se rapportent à des pénétrations, soit en avant, soit sur les côtés de l'orifice anal, seules circonstances qui permettent à l'instrument de longer le rectum sans le blesser. Si la pénétration s'est faite en arrière de l'anus, on a fatalement deux perforations rectales (Voir Mécanisme).

Avant d'exposer les renseignements que peut fournir l'exploration du trajet, on nous permettra de rappeler une assertion de Verneuil, bien souvent citée par le professeur L. Tripier et aujourd'hui classique : l'exploration d'un trajet fistuleux expose à l'auto-infection.

Cette réserve faite, il se peut que cette exploration devienne indispensable. Elle est loin d'être toujours concluante : le stylet, le doigt s'égarent « ne peuvent « au milieu des tissus contus qu'ils explorent, pré-
« ciser s'ils sont dans le rectum ou dans le tissu
« cellulaire de la région pelvi-rectale » (Obs. I). Le Dr Briddon indique pour cette exploration une pratique fort ingénieuse. Il fend le rectum et les muscles placés en arrière, de l'anus au coccyx; il écarte les

deux lèvres de la plaie, et dès lors l'exploration de la fistule, de l'œil et du doigt, se fait très facilement. Cette incision est d'autant plus profitable à l'exploration que la fistule est située le plus souvent sur la paroi antérieure du rectum, presque immédiatement au-dessus du sphincter. Il est juste d'objecter que c'est faire un délabrement considérable que de fendre ainsi la paroi postérieure du rectum : nous ferons observer que dans le cas particulier (Obs. II), l'instrument vulnérant avait pénétré en arrière de l'anus; cette partie postérieure du rectum était donc perforée; ce qui évidemment est une indication à ce mode d'intervention. Nous verrons, en outre, que cette incision sert au traitement ultérieur de la fistule, loin de lui nuire. Quoi qu'il en soit, grâce à son procédé, l'auteur donne à la description du trajet une précision que nous n'avons rencontrée nulle part ailleurs. « L'index pénètre dans la fistule
« et trouve une ouverture ovale (dans la paroi du
« rectum), un canal oblique et court, de 1/2 pouce
« de long, un second orifice circulaire (dans la paroi
« vésicale) et vient enfin en contact avec un calcul ».

2^o *Signes fonctionnels*. — Les douleurs violentes dans la région périnéale avec irradiations dans les lombes, les cuisses, la chute du blessé, les tendances à la syncope... etc., n'ont rien de bien spécial; ce sont des symptômes qu'on retrouve dans les blessures de la vessie comme dans la plupart des traumatismes abdominaux.

La miction subit des modifications plus intéres-

santes. D'une manière générale les blessés ne peuvent plus uriner pendant un temps variable. Ils éprouvent des envies fréquentes d'uriner qu'ils ne peuvent satisfaire; ils sont réduits à avoir recours à un artifice: sondage, bain de siège (Obs. I).

Du fait de sa fistule recto-vésicale, le malade « éprouve du côté du canal de l'urèthre des sensations bizarres qu'il compare au passage de vents « qui viendraient finir au méat ». Des matières fécales passent également par cette voie: dans l'observation I ce symptôme seul permet de faire le diagnostic.

Les circonstances particulières dans lesquelles se fait l'empalement sont parfois la cause de symptômes singuliers. L'arrêt brusque du jet d'urine chez le calculeux est classique, bien que moins fréquent qu'on ne veut bien le dire. Nous verrons aux « complications » que l'on retrouve ce symptôme *tardivement* chez les blessés qui font des calculs à la suite de leur empalement. L'observation IX relate avec un grand soin cette brusque suppression de la miction *quelques jours seulement* après l'accident. Brusquement, le blessé ne peut plus uriner; la sonde, sans difficulté, ramène l'urine à plein jet; trois ou quatre fois le fait se renouvelle dans l'espace de cinq à six jours; enfin, « après plusieurs heures d'efforts et de souffrance, « une sorte de bouchon est projeté violemment hors « du canal et délivre le malade. C'était un morceau « de drap qui avait pénétré avec le pied de chaise « jusque dans la vessie. »

Dans des circonstances semblables on a noté l'expulsion pénible de fragments de bois (Obs. XII).

CHAPITRE III

Complications

- 1^o La péritonite.
- 2^o La persistance d'une fistule vésico-rectale.
- 3^o Les calculs vésicaux.
- 4^o L'orchi-épididymite. — La cystite.
- 5^o L'infiltration d'urine.

1^o *La péritonite.* — Nous relevons sept cas de péritonites dont six mortelles. Nous verrons au pronostic que la péritonite est la seule cause de mort dans les blessures qui nous occupent. On conçoit toute l'importance de cette constatation.

L'intestin lui-même est parfois atteint (deux fois sur sept, Obs. IV. XXVIII). « La perforation du
« vagin et du rectum n'a aucune autre conséquence en
« général que d'exposer à la formation d'une fistule,

« mais la perforation de l'intestin à travers le péritoine est très grave car le malade se trouve doublement exposé à l'infection du péritoine, et par l'urine, et par les matières fécales » (Pousson).

2° *Fistules vésico-rectales.* — Nous avons vu la fréquence de ces fistules (XXIII, XXVIII). La fistule fait en quelque sorte partie de la symptomatologie ; ce n'est qu'au bout d'un certain temps, un mois par exemple, que sa persistance en fait une véritable complication : onze fois sur vingt-trois on note cette durée supérieure à un mois ; quatre fois l'intervention a été nécessaire pour amener la fermeture de cette fistule ; dans huit cas, les observations ne permettent pas de préciser l'évolution ultérieure de la fistule. Si l'on compare cette statistique à celle de Bartels, on voit que les blessures de la vessie par le périnée donnent un pourcentage considérable de fistules persistantes, comparativement aux blessures de la vessie par un autre mécanisme. Il faut l'attribuer aux circonstances où elles se produisent. Les fistules vésico-recto-périnéales sont déclives, longues, anfractueuses, entretenues par l'action irritante des matières fécales, des échardes, des calculs bien plus nombreux qu'en toute autre circonstance. Il faut invoquer également la bénignité relative de ces blessures (voir Pronostic) : peut-être observe-t-on moins de fistules persistantes dans les autres lésions vésicales, par la raison bien simple que leur gravité plus grande emporte plus souvent le malade.

3^o *Calculs vésicaux.* — C'est un fait bien connu que les corps étrangers qui pénètrent jusque dans la vessie deviennent fréquemment le noyau de calculs ultérieurs. Nous ne présenterons donc pas ces calculs comme caractéristiques du genre de blessures que nous étudions, mais nous nous appesantirons davantage sur leur grande fréquence dans ces blessures. Cherchons-en les raisons. — L'expulsion spontanée de ces corps étrangers est rare : 34/92 (d'après Bartels) sont ainsi expulsés spontanément. Il faut remarquer qu'il ne fait aucune distinction entre les différents modes de pénétration. Les échardes, les débris de pantalon, sans conteste, sortent malaisément, on peut s'en rendre compte par la lecture des Obs. VIII et XII. L'empalement en effet se fait généralement sur un pieu, une fourche de bois ; le corps pèse sur ces objets de tout son poids, les brise dans la plaie en morceaux pointus, irréguliers ; souvent un morceau de pantalon est entraîné dans la vessie et y demeure (3 cas).

On comprend aisément, par ce simple exposé, que l'empalement, plus que tout autre mécanisme, amènera le séjour dans la vessie de corps étrangers anfractueux, bien propres à servir de noyaux aux calculs. A ce point de vue, un instrument en fer est évidemment moins dangereux qu'un instrument en bois : le fer se brisera rarement dans la vessie, tandis que le fait est pour ainsi dire courant lorsqu'il s'agit de bois.

4^o *L'orchépididymite. La cystite.* — L'orché-

épididymite est rare (I, XVIII). Un traumatisme qui atteint une région aussi voisine de l'urèthre postérieure devrait, semble-t-il, amener plus souvent cette complication. Les phénomènes de cystite sont les plus fréquents.

N'oublions pas que ces deux lésions sont, en somme, d'origine infectieuse et que si, parfois, on n'a relevé qu'un traumatisme dans leur pathogénie, il n'en reste pas moins vrai que, dans bien des cas, il faut incriminer un cathétérisme septique (Obs. I). Ces faits sont bien connus aujourd'hui. La cystite peut reconnaître pour cause de sa persistance la présence de corps étrangers dans la vessie. « Résultat tant eux-mêmes de l'inflammation de la vessie, ces calculs à noyaux hétérogènes l'entretiennent et peuvent devenir ainsi le point de départ de l'affection ascendante des reins » (Pousson).

5° *L'infiltration d'urine.* — Complication rare dans l'empalement; les plaies, faites le plus souvent par des pieux, des fourches, y sont généralement larges, déclives, l'urine s'échappe sans peine. L'unique cas d'infiltration que nous signalons se rapporte, en effet, à une chute sur une pince étroite et tranchante; la plaie, trop étroite, ne put faire un drainage suffisant de la vessie.

Toutefois la tendance actuelle des urologistes est d'abandonner cette théorie exclusivement mécanique de l'infiltration d'urine. Elle reste vraie au point de vue de la diffusion de l'urine dans les tissus péri-vésicaux, mais elle ne tient aucun compte d'un

fait capital : l'infection. Pour bien affirmer cette manière de voir on a proposé de remplacer la dénomination : infiltration d'urine, par cette autre, plus exacte : phlegmon urinaire. Sans doute l'urine, même aseptique, est toxique, mais on peut dire que, dans le phlegmon urinaire, l'empoisonnement cède le pas à l'infection. Si l'on envisage la question de la sorte, l'explication proposée plus haut à la rareté du phlegmon urinaire dans l'empalement n'est plus suffisante : il faut admettre que l'infection y est rare. Pourquoi ? Peut-être est-ce parce que l'instrument s'essuie, en quelque sorte, sur les habits, sur les téguments externes avant de pénétrer les tissus péri-vésicaux, et surtout parce que l'urine de ces blessés n'est pas infectée antérieurement au traumatisme.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Lorsque la plaie, extérieure est baignée par l'urine, il ne saurait y avoir de doute, la vessie est atteinte ; quant au rectum ses lésions sont en général facilement accessibles au doigt.

Si le blessé sent des gaz passer par l'urèthre, si surtout, on voit apparaître au méat des matières fécales mélangées à l'urine, l'existence d'une fistule vésico-rectale est encore évidente. Le diagnostic, surtout le diagnostic précoce, est autrement pénible, lorsque ces signes font défaut au début. L'observation I, en offre un exemple frappant. Le rectum est perforé, on sent la solution de continuité ; mais la vessie l'est-elle ? Il y a de la rétention, de la cystite, c'est vrai, mais ne voit-on pas couramment ces accidents à la suite d'un traumatisme de cette

importance ? L'orchi-épidydimite peut s'expliquer par le même mécanisme.

Enfin, il peut se faire que la communication recto-vésicale ne se fasse pas sur le champ : elle peut, en effet, n'être pas primitive, mais relever secondairement de la contusion des parties blessées : ces parties se mortifient et forment une escharre qui ne tombe qu'au bout d'un certain temps. Il faut reconnaître que ces fistules secondaires sont rares ; nous n'en avons qu'une seule observation vraiment probante (Obs. V). L'observation I montre la difficulté d'établir d'une façon certaine si la fistule est primitive ou secondaire. Au début on ne vit pas de trace d'urine sur les bords de la plaie, quelques jours après des matières passaient par le méat : on en conclut que la perforation était secondaire, due à la chute d'une escharre de la partie postérieure de la vessie. L'évolution ultérieure nous mit en possession d'un signe qui, lorsqu'il existe, doit faire pencher la balance en faveur de la perforation primitive : il se forma ultérieurement des calculs dont le noyau n'était autre qu'un lambeau de chemise ; très probablement le pieu avait pénétré d'emblée dans la vessie, entraînant ce témoin de sa pénétration.

On devra chercher soigneusement les moindres signes de péritonite ; c'est la complication la plus redoutable, presque la seule. La petitesse du poulx le ballonnement du ventre, la percussion sur les côtés serviront à la dépister. L'absence d'écoulement de l'urine par la plaie et par l'urèthre, en même temps, que l'absence de matité vésicale fera redouter la

péritonite : on s'abstiendra dès lors d'injection vésicale. Au contraire, si l'on est sûr que le péritoine est intact, on pourrait par une injection colorée poussée dans la vessie s'assurer de l'existence d'une fistule vésico-rectale.

Signalons à titre de curiosité une cause d'erreur qui doit être rare : la simulation. Qu'on lise avec un peu d'attention notre dernière observation ; c'est la seule qui ait trait à une femme. Nous ne voudrions pas affirmer que l'explication qu'elle donne de la pénétration d'un crayon dans sa vessie à la suite d'une chute de cheval, ne soit à la rigueur possible, mais combien invraisemblable ! Avec la meilleure bonne volonté du monde, on a peine à croire qu'un crayon, ait pu, au moment précis de sa chute, se placer de telle sorte qu'il pénétrât juste dans la vessie.

Si, au moins, il s'agissait d'un pieu ou de quelque autre objet ? ... mais un crayon !

CHAPITRE V

Pronostic

Nous nous attacherons dans ce chapitre à démontrer la grande bénignité de la catégorie de plaies de la vessie que nous étudions, bénignité qui est une des caractéristiques de leur histoire.

Par opposition, rappelons d'abord, en quelques mots, la gravité des autres blessures de la vessie :
« Le pronostic des plaies de la vessie est très grave, « *cui persect , vesic  lethale*, disait Hippocrate, « cependant la chirurgie moderne en a rappelé de « ce vieil aphorisme. » (Vincent, Pousson). Se rapportant plus immédiatement encore   notre sujet, nous citerons l'opinion de Daniel Mollière qui consi d re « les plaies du rectum comme particulièrement « graves surtout par leurs complications. »

	Mortalité.
Plaies péritonéales, 6 morts (4, 5, 8, 13, 26, 28) 1 guérison (6).....	83,7 %
Plaies extra-péritonéales (pénétration péri- néale) 21 guérisons sur 21	0 %
Plaies extra-péritonéales (pénétration quelcon- que) (Bartels).....	24 %
Mortalité générale des bless. vésic. par pénétration périnéale.....	18,5 %
Mortalité générale des bless. vésic. par pénétration quelconque.....	22,7 %

De ce tableau, nous tirerons les conclusions suivantes : 1° Dans l'empalement accidentel, il n'y aura à peu près jamais de terminaison fatale si la plaie resta extra-péritonéale ; 2° Il existe une différence considérable au point de vue pronostic entre les blessures partant de la région périnéale et les blessures de la vessie par un autre mécanisme, la plaie restant extra-péritonéale dans l'un et l'autre cas (0 % et 24 %). Sans doute, on peut objecter qu'il s'agit d'une série heureuse, mais il reste une belle marge pour équilibrer les aléas d'une statistique ! 3° Malgré cette bénignité presque absolue des plaies extra-péritonéales par pénétration périnéale, l'ensemble donne encore une mortalité de 18,5 %. Il faut en conclure que la lésion du péritoine est fréquente dans l'empalement, sans doute parce qu'il comporte une puissance de pénétration considérable.

Quoi qu'il en soit, c'est un résultat assez inattendu que cette quasi innocuité des blessures extra-péritonéales de la vessie dans l'empalement ; en effet, ce sont des accidents effrayants par leur mise en scène,

il semble que les dégâts qu'ils produisent devraient être le plus souvent irréparables. Il n'en est rien. Comment expliquer cette apparente contradiction ? Nous ferons remarquer tout d'abord que dans l'empalement, le squelette n'est pas atteint ; il l'est au contraire souvent lorsque le choc porte en avant du pelvis. Or, personne n'ignore la gravité des fractures du bassin et des ruptures vésicales qu'elles entraînent si souvent.

Bartels donne une autre raison qui nous paraît avoir une grande valeur. Il fait remarquer que l'ouverture simultanée du rectum et de la vessie, si effrayante au premier abord, est en quelque sorte la sauvegarde des blessés. En effet, si l'on se souvient qu'en général, l'instrument vulnérant est assez volumineux, on conçoit sans peine qu'il existe une large communication entre la vessie et l'extérieur par l'intermédiaire du rectum ; l'urine s'écoule facilement, n'a aucune tendance à infiltrer la loge périnéale supérieure, complication d'autant plus dangereuse qu'elle se manifeste seulement au dehors alors que les désordres profonds sont irréparables.

Le drainage de la vessie et du trajet est assuré au prix d'une fistule recto-vésicale, avons-nous dit. Cette circonstance doit-elle assombrir considérablement le pronostic ? Nous ferons remarquer qu'une seule fois, en somme (Obs. XVII) il y a eu persistance indéfinie de la fistule, et encore il s'est fait, dans ce cas unique, une suppléance remarquable. « L'urine s'amasse dans le rectum jusqu'à produire

le besoin de défécation, et alors elle est expulsée comme une selle liquide toutes les 2 ou 3 heures ».

On le voit, même incurables, ces fistules recto-vésicales peuvent, dans certains cas, n'incommoder que modérément leurs porteurs.

CHAPITRE VI

Traitement

1^o *Faut-il opérer?* — Il est indiscutable que, souvent, les fistules se sont fermées sans intervention et cela dans près de la moitié des cas. Il est indéniable, par contre, que, dans certains cas, l'intervention a hâté, pour le moins, la guérison; la chose est évidente dans les cas où des fragments de bois incrustés de sels calcaires, entretenaient la fistule (Obs. II, 11), ou provoquaient l'apparition d'abcès multiples (Obs. XVIII); on les extrait, la guérison ne se fait pas attendre.

En résumé. l'intervention ou l'abstention seront commandées par les circonstances. On est autorisé, de par l'expérience, à se cantonner dans les soins d'antisepsie courante si le drainage se fait bien; on interviendra au contraire pour fermer une fistule

persistante, débrider une fistule trop étroite qui exposerait à l'infiltration d'urine, enlever un corps étranger qui entretiendrait la fistule, faire une lithotritie ou une taille.

2° *Quand faut-il opérer ?* — Tillaux (Traité de Chirurgie clinique, t. II, p. 33) examine avec soin cette question commune, d'ailleurs, aux différentes fistules urinaires. Nous allons résumer ses conclusions.

Il importe surtout de ne pas opérer trop tôt, pour laisser le travail de réparation naturelle donner son maximum de cicatrisation ; il ne faut agir que lorsque la fistule est définitivement constituée et n'a plus de tendance à se rétrécir.

En général, attendre *quatre à cinq mois*.

Certains auteurs cependant opèrent beaucoup plus tôt, au bout de six à huit semaines, voulant ne pas être gênés par les brides et le tissu cicatriciel qui, moins vivant, diminue les chances de réunion immédiate.

Il va sans dire qu'il faut enlever de suite tout corps étranger susceptible d'entraver la cicatrisation.

3° *Comment faut-il opérer ?* — Nous ne nous arrêterons pas à la technique opératoire de la suture des bords de la fistule ; on trouvera exposée dans tous les classiques les règles qui régissent actuellement l'avivement la suture de ces fistules.

Ce qui nous intéresse davantage, ce sont les procédés qui tirent leur originalité des circonstances

spéciales au genre de blessures qui nous occupent.

Quelques mots de l'usage des sondes. Si l'urine est aseptique avant le traumatisme, s'il n'y a pas de rétention, s'abstenir de leur emploi. Les sondes à demeure ont amené parfois des cystites intenses ; malgré cela, elles peuvent, aseptiques, rendre de réels services en dérivant le cours de l'urine ; la plaie périnéale en est moins imprégnée et la cicatrisation plus rapide (Obs. IX). Cet usage des sondes nous paraît résumer, avec les soins antiseptiques de rigueur, ce qu'on pourrait appeler la petite chirurgie de ces fistules.

Quant aux interventions véritables, nous en trouvons deux exemples vraiment originaux dans les observations II et VI.

Observation II. — Nous avons déjà indiqué au diagnostic le procédé qui consiste à fendre le rectum en arrière, de l'anus au coccyx, à écarter ensuite les lèvres de la plaie pour explorer la fistule située sur la partie antérieure du rectum. Ce n'est pas là seulement un procédé de diagnostic. S'il permet « d'explorer de l'œil et du doigt », il contribue en même temps au traitement de la fistule, c'est ce qui légitime cette pratique. Citons l'appréciation des membres de la « Surgical Society of New-York » à qui l'observation était présentée « Le Président fait remarquer « que la fistule se trouvait ainsi découverte de la « façon la plus satisfaisante, grâce à l'incision de la « partie postérieure du rectum, Elle se trouvait « extériorisée » « et pouvait être tout à l'aise avivée et

« suturée » Comme il existait une pierre entretenant le trajet fistuleux, on a recours à la taille périnéale médiane et on retire le calcul : la vessie se trouvait de la sorte drainée efficacement. L'incision faite volontairement à la partie postérieure du rectum est suturée à trois plans : un premier suture la paroi intestinale, un second est placé interstitiellement, le troisième réunit la peau. Deux larges drains sont introduits dans le rectum et la vessie ; dix jours après le drain rectal est enlevé ; quatorze jours après le drain vésical. Guérison.

Observation VI. — *Plaies intra-péritonéales.* — L'observation VI peut servir de ligne de conduite dans cette classe de blessures. « Laparotomie ; la « vessie apparaît distendue par des caillots ; sur sa face « postérieure on trouve une plaie transversale de « 2 centimètres. Suture, lavage, on referme l'abdomen. Puis on fait la cystotomie sus-pubienne : la « vessie est dénudée sur sa partie extra-péritonéale latérale et incisée ; sur la partie gauche du « trigone vésical on découvre la plaie qui communique avec le périnée et on tamponne fortement » On pourrait peut-être faire à ce mode de traitement le reproche de multiplier les solutions de continuité de la vessie.

Cette question de la laparotomie dans les plaies intra-péritonéales de la vessie a été bien étudiée par M. Vincent, qui a exposé ses idées dans la thèse de Maltrait. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à cet important travail, en citant sim-

plement ses conclusions. Des 21 expériences faites, M. Vincent conclut (Thèse Maltraît, p. 34), « que la laparotomie et la suture vésicale pratiquées « immédiatement après la perforation seront suivies « de guérison en thèse générale ; — que pratiquées de « bonne heure, dans les huit ou dix heures qui suivent « l'accident, le succès sera également la règle, mais « que, passé ce délai, les chances diminuent à mesure qu'on s'éloigne de l'accident ; — qu'abandonné « à lui-même ce traumatisme entraîne la mort au « bout de quarante-huit à cinquante heures ; — que « d'une façon exceptionnelle il peut se produire une « cicatrisation spontanée à la condition que l'urine « trouve un écoulement par une plaie et que l'épiploon enveloppe complètement la vessie.

« Un adossement très large du péritoine vésical « est de rigueur. Aviver les bords de la perforation ».

Cystite et calculs. — Nous avons vu que la cystite pouvait relever d'une infection proprement dite (cathétérisme, etc.), ou être entretenue par la présence d'un corps étranger.

La première cause réclame un traitement banal, lavage, instillations, etc.

La seconde nous intéresse davantage. En pareille circonstance, dès qu'on soupçonnera un corps étranger, il faudra s'assurer de sa présence dans la vessie. S'adressera-t-on à l'explorateur de Guyon ? Au début, des débris de bois, un fragment d'étoffe — et c'est le cas le plus fréquent — ne seraient pas perçus par cette méthode. La cystoscopie donnera des ré-

sultats bien meilleurs (Obs. I). C'est même, nous semble-t-il, le seul moyen vraiment sûr et rapide de pouvoir affirmer la présence de ce corps étranger avant qu'il ne soit incrusté. Cette exploration cystoscopique, M. Rafin la considère comme de règle sous peine de laisser se former un calcul greffé sur un corps étranger non perceptible aux explorateurs ordinaires.

Calculs. — Lorsqu'un individu vient de s'empaler, un des premiers soins du chirurgien sera de faire l'examen de la pièce à conviction, du pieu qui vient de causer l'accident. Il recherchera soigneusement s'il est brisé, s'il en manque quelque partie ; dans le cas où la reconstitution intégrale de l'instrument peut être faite, on peut être sûr qu'il n'en est rien resté dans la vessie. Dans le cas contraire, au premier signe de cystite, d'emblée même, on fera un examen cystoscopique. Des débris d'étoffe, facilement réductibles de volume, pourront souvent être retirés par les voies naturelles, dès le début, avant que l'incrustation les ait changés en véritables calculs.

Malgré tous les efforts, le calcul s'est formé, comment l'évacuer ? Emploiera-t-on la taille ou la lithotritie. L'observation nous donne trois tailles (II, XX, XXV), trois lithotrities (I, XIII, XIV) toutes suivies de guérison. Les indications de l'une et de l'autre sont difficiles à préciser ; à vrai dire, les tendances et les habitudes de l'opérateur entrent souvent pour beaucoup dans les décisions prises.

Toutefois, M. Rafin estime que la lithotritie, qui semblait perdre du terrain au profit de la taille, a pris un nouvel essor depuis l'emploi du cystoscope. Celui-ci doit être employé pour déterminer avec précision la nature, le volume, le siège du corps étranger.

S'agit-il d'un fragment d'étoffe ? L'extraction à l'aide du lithotriteur ordinaire ou du lithotriteur-plicateur de Bazy aura raison du corps étranger.

La lithotritie pourra être également employée s'il s'agit d'un calcul englobant des fragments d'étoffe ou de bois. l'Obs. I montre que des fragments de bois se brisent bien avec le lithotriteur, mais il serait évidemment excessif de l'employer dans le cas où l'on soupçonne un volumineux fragment de bois. Il faudrait recourir à la taille, et la taille hypogastrique est celle qui permet l'inspection la plus complète de la vessie.

En tous cas, nous ne saurions trop le répéter, la vérification de la vessie, après lithotritie, à l'aide de l'explorateur, de l'aspirateur et surtout du cystoscope est de toute nécessité,

Dans l'Obs. 1, M. Rafin a pu à l'aide du cystoscope constater qu'il restait un petit fragment, et plus tard, s'assurer du déblaiement parfait de la vessie.

Observation I. — (Inédite. Due à l'obligeance du Dr RAFIN.

M. R. . . , 44 ans, chargé de la réfection de la voie de Phu-Lang-Thuong à Langson entre à l'infirmerie-ambulance de Langson le 11 mars 1899. A 3 heures de l'après-midi il est tombé à califourchon sur un piquet de bois. Après sa chute il a fait à pied environ 3 kilomètres, en proie à des douleurs à peu près intolérables.

M. R. . . est de petite taille, peu vigoureux. Marié, père de quatre enfants, il nie tout antécédent morbide héréditaire ou personnel. Pas de paludisme, pas d'alcoolisme. Nous constatons les symptômes suivants : La région anale, fortement contuse, est le siège d'une douleur très vive ; les tissus sont déchirés sur la partie droite de la marge de l'anus et cette plaie saignante paraît se diriger vers le rectum. Après antiseptie soigneuse, nous explorons la plaie au stylet ; l'instrument chemine librement et nous ignorons si nous sommes dans le rectum ou dans le tissu cellulaire du creux ischio-rectal. Mais au toucher, on reconnaît sans peine que la plaie intéresse seulement la portion anale de l'intestin, sans, toutefois, que le sphincter interne soit lésé.

Fort de cette opinion, nous annonçons à M. R. . . (tout en faisant mentalement quelques restrictions) que sa blessure était sans gravité. M. R. . . nous fait remarquer que, depuis l'accident, il a une envie continuelle d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Nous mettons ces phénomènes de cystite sur le compte du choc qui avait dû retentir directement sur le

col vésical. Cathétérisme facile, soulage instantanément le malade. Pas de température. Bouillon, champagne, opium.

12 mars. — Au réveil, 37°5. Bain de siège; le malade urine dans son bain, la plaie a bon aspect, pansement iodoformé. A huit heures la température s'élève à 38°5. A 2 heures 39°. Etat gastrique très prononcé: coliques, inappétence, teinte subictérique, douleurs vésicales.

13 mars. — 38°2. Le ventre n'est douloureux que dans la région vésicale. Urine rare mais normale; pas le moindre écoulement purulent, pas de blennorrhagie, selles semi-liquides. M. R... nous déclare qu'il éprouve dans le canal des sensations bizarres qu'il compare au passage de vents qui viendraient finir au méat. Térébenthine, salol contre la cystite. Révulsion sur la région rénale et diurétiques.

15, 16 et 17 mars. — 37° à 37°6. Les phénomènes s'amendent sensiblement. Le 17 le malade demande la permission de se lever; on la lui accorde, mais, vers 3 heures, nous trouvons M. R... dans son lit se plaignant d'une vive douleur au testicule droit; la palpation nous révèle une orchio-épididymite au début. Nous interrogeons à nouveau notre malade sur ses antécédents vénériens: il nie tout accident syphilitique, nous concédant seulement un léger échauffement dans sa jeunesse, d'une durée de quelques jours seulement. Notre examen ne nous révèle en effet rien au point de vue syphilis ou blennorrhagie. Nous lui demandons si, pendant qu'il s'est levé (1 h. environ), il ne s'est pas heurté la région scrotale. Très affirmatif, il certifie n'avoir reçu aucune commotion.

Les jours suivants même état gastrique; selles diarrhéiques; le malade urine une fois par jour et peu, sauf dans son bain de siège où il émet une quantité d'urine qu'il ne peut apprécier. Le canal, surveillé avec soin, ne présente pas le pus caractéristique de l'urétrite blennorrhagique. La plaie de l'anus se cicatrise lentement, nous activons sa guérison en la touchant au thermo-cautère.

25 mars. — Les envies d'uriner sont devenues moins fréquentes ; presque pas de douleurs ; l'orchite régresse ; la plaie de l'anus a bon aspect. Avant de quitter notre malade nous revoyons son canal, la pression fait sourdre... un liquide verdâtre franchement fécaloïde.

Notre religion est éclairée : il existe, chez notre malade, une communication entre le rectum et les voies urinaires. A 11 heures du matin, M. R... émettait involontairement 15 grammes de liquide marron, mélangé d'urine et de matières fécales. Nous engageons notre malade à rentrer en France pour y subir une opération que les moyens dont nous disposons ne nous permet pas de tenter.

Telle est l'histoire clinique de notre malade. Il ne nous est pas pénible d'avouer qu'il nous a laissé indécis sur le pronostic de son affection jusqu'au jour où cette miction de matières fécaloïdes n'a laissé aucun doute dans notre esprit. Nous sommes, en effet, en présence d'un sujet qui s'empale pour ainsi dire sur un piquet. Six jours après, apparition soudaine d'une orché-épididymite. Quinze jours, après apparition des symptômes évidents d'une fistule urinaire.

Nous pensons, de plus, qu'on peut préciser encore le diagnostic et limiter la perforation à la paroi postéro-inférieure de la vessie, car, d'un côté, le cul-de-sac retro-vésical du péritoine n'est pas atteint et, d'autre part, nous avons, à plusieurs reprises, exploré le canal de l'urèthre avec les cathéters les plus variés sans éprouver de difficulté, sans provoquer de douleur, ni ramener la moindre parcelle de matières fécales. L'infection des voies urinaires inférieures suffit amplement à expliquer l'apparition d'une épididymite ; après six jours de repos absolu, à l'exclusion de toute affection vénérienne (1).

29 mars. — Le malade quitte l'ambulance de Langson.

(1) Les détails que l'on vient de lire sont dus à l'obligeance de M. le Dr Jean Nogué, médecin-chef de l'ambulance de Langson et de M. le Dr Grandmain, médecin de 2^e classe des Colonies,

29 mars au 19 avril. — Il est soigné à Haiphong pour un varicocèle.

19 avril. — Il s'embarque pour la France. Pendant la traversée, la cicatrisation de sa fistule vésico-rectale se fait; les urines cessent de passer par le rectum.

28 mai. — Arrivée à Marseille. La défécation est douloureuse, il souffre dans la vessie et l'urèthre.

Juin. — Le malade se fait soigner pour un catarrhe de la vessie; il est amélioré par les lavages vésicaux; il continue à se soigner par le salol, la térébenthine, les bains de siège.

22 août. — Il entre à l'hôpital Saint-Joseph (Lyon), il se confie aux soins de M. le docteur Rafin. Son état est le suivant :

Miction. — Toutes les trois heures ou quatre heures, le jour; toutes les deux heures, la nuit.

Douleur. — Surtout marquée à la fin de la miction, qui parfois ne vide pas complètement la vessie.

Urines. — Limpides quand le malade se repose, sinon elles deviennent troubles. S'il va en chemin de fer, en voiture, elles deviennent sanguinolentes.

Vessie. — L'exploration vésicale donne la sensation d'un corps étranger.

Prostate. — La cicatrice de la fistule oblitérée est sensible au-dessus et à droite de la prostate.

Etat général. — Satisfaisant, sauf inappétence.

Traitement. — 25 août 1899. — Première séance de lithotritie. — Le broiement du calcul, qui a environ 2 cent. 1/2 de diamètre, donne une sensation spéciale, dont on trouve la cause après l'extraction du lithotriteur; celui-ci a saisi entre ses mors un fragment d'étoffe qui, déplié, a la dimension d'une pièce de 2 fr.. De plus à côté de ces débris, l'évacuation ramène de petits fragments de bois.

La séance de vérification fut, pour circonstances indépendantes de notre volonté retardée jusqu'au 4 novembre. Du

reste le malade soulagé ne la jugeait pas indispensable. Entre temps il avait expulsé un gravier.

4 novembre. — Vérification. — Nouvelle séance de lithotritie. La vérification a été faite au cystoscope qui a fait constater un petit fragment de la grosseur d'un haricot. Tout cela fut si simple que la présence d'une sonde à demeure après la lithotritie ne fut pas jugée nécessaire. Le séjour du malade ne fut que de quelques jours.

29 janvier 1900. — Urines absolument limpides, sans sucre, ni albumine. Mictions non douloureuses, deux fois par jour. La vérification au cystoscope, et à l'explorateur de Guyon est absolument négative. Guérison complète.

Observation II. — (D^r BRIDDON. *New-York, Med. Journal*, 16 janv. 1896.)

V. T..., 22 ans. — Il y a deux ans, chute sur un piquet de 1 pouce de diamètre et de 6 de long : il pénètre tout entier en arrière de l'anus. Le malade le retire lui-même et voit un peu d'urine s'écouler par la plaie, mais pas de sang ; il rentre chez lui sans trop de douleur ; durant la nuit, des gaz, des matières fécales passent par l'urèthre ; la blessure extérieure guérit en cinq semaines, mais l'urine continue à s'écouler à la fois par le rectum et l'urèthre.

Depuis sept mois, le malade souffre du périnée, la miction est parfois brusquement interrompue, la marche est pénible, il y a de la fièvre, le soir. On constate une pierre très volumineuse, une fistule recto-vésicale à gauche de la ligne médiane. Le malade est placé dans la position de la taille ; on passe de forts fils de soie dans la partie postérieure du rectum, de chaque côté, et on fend le rectum jusqu'au coccyx entre les fils qui tendent les deux lèvres de la plaie. L'introduction d'une large valve de Sims, l'action de deux écarteurs latéraux, permettent de faire, de l'œil et du doigt, une exploration satisfaisante. L'index pénètre dans la fistule et trouve une ouverture ovale (dans paroi du rectum), un canal oblique et court, d'un 1/2 pouce de long, un second orifice circulaire

(dans paroi de la vessie) et vient enfin en contact avec la pierre.

Pour assurer un drainage efficace de la vessie, on décide de faire une taille péritonéale médiane, on y arrive facilement et on en retire un calcul de 18 grammes. L'ouverture fistuleuse était alors pour ainsi dire sous les yeux, ses bords sont débarrassés de leur muqueuse et rapprochés par une suture de dix fils. L'incision faite volontairement à la partie postérieure du rectum, est suturée à trois plans : un premier porte sur la paroi intestinale; un second est placé interstitiellement, le troisième réunit la peau. De larges drains sont introduits dans le rectum, dans la vessie; dix jours après, le drain rectal est enlevé; quatorze jours après, le drain péritonéal. La fistule était complètement oblitérée.

Observation III. — (Rapportée dans la même séance que l'Obs. II.)

Le Dr Alfred Post rappelle un cas dans lequel un homme ayant sauté une barrière formée de piquets, l'extrémité de l'un d'eux pénétra le rectum et traversa la vessie. L'année suivante, il vint à la consultation, se plaignant d'uriner difficilement. En le sondant, on trouve un calcul dans sa vessie. Lors de l'accident, un morceau de son pantalon avait été emporté. A deux ou trois reprises, on brisa le calcul et on en expulsa les fragments. Au dernier broiement, on sentit qu'un objet assez volumineux était engagé dans les mors de l'instrument. On le retire, non sans quelques difficultés, et on trouve le morceau de pantalon qui avait été entraîné dans la vessie lors de l'accident. Il avait servi de noyau au calcul. Il n'y avait plus de fistule. Guérison.

Observation IV. — (Dr VILLARD. *Lyon Méd.*, 16 j. 1898, in thèse Ecochard, Lyon 1899).

Jeune homme de 20 ans, en essayant de descendre d'une voiture, s'était empalé sur un crochet à foin. La tige de fer, en forme de harpon, avait pénétré exactement par l'anus; ne pouvant la retirer on la scia. A son entrée à l'hôpital, signes de péritonite putride.

Laparotomie. — Le crochet est retiré par la pointe qui se trouve dans la région du pancréas en avant des gros vaisseaux, en arrière du péritoine. Le malade mourut dans la nuit. A l'autopsie on vit que le corps étranger avait traversé la vessie à sa partie postérieure et perforé l'intestin en trois endroits.

Observation V. — (BOUNAIS, *in* thèse Ecochard).

L..., soldat, s'empale pendant les manœuvres. Il se laisse glisser d'un tas de paille sur une fourche de bois très pointue qui pénètre à gauche de l'anus. Le blessé arrache de la plaie l'extrémité de la fourche brisée, longue de 5 à 6 centimètres et s'affaisse en se plaignant de douleurs abdominales. Vomissements alimentaires; lavages et pansement de la plaie.

Dans la nuit, douleur atroce, soif vive, hoquet. Petite hémorrhagie en essayant d'aller à la selle. Anurie. T. : 37°6. Le lendemain, exploration de la plaie. Elle est oblique en haut, un peu à gauche et en arrière, se dirigeant vers le bord gauche du sacrum, longue de 6 centimètres admettant le petit doigt. Sondage de l'urèthre. Amélioration notable. Le lendemain écoulement, *après un effort*, d'urine par la plaie et première expulsion par l'anus (Fistules secondaire).

Le lendemain, c'est-à-dire deux jours après l'accident, T. : 38°, pouls 170. Ventre ballonné et tendu, douloureux dans la fosse iliaque. Vomissements bilieux. Mort le septième jour.

Observation VI. — (DELAGENIÈRE. *Arch. prov. de Chir.*, 1898).

Un charpentier tombe d'un échafaudage de 1 m. 50, sur un piquet qui pénètre par le périnée et traverse la vessie de part en part. Laparotomie. Vessie apparaît distendue par les caillots; sur sa face postérieure, empiétant à gauche, on trouve une plaie transversale de 2 cent. Suture; lavage; on referme l'abdomen en laissant un drain dans le bassin, en arrière de la vessie.

Puis on fait cystotomie sus-pubienne; la vessie est

dénudée sur sa portion sus-péritonéale, puis incisée. Sur la partie latérale gauche du trigone vésical on découvre une ouverture dans laquelle apparaît l'extrémité de la compresse introduite par la périnée ; elle admet deux doigts ; on renonce à suturer, on se contente de tamponner fortement. On installe un siphon sus-pubien (de Périer) qui est remplacé, quelques jours après, par une sonde de Pezzer ; sept jours après l'opération il ne s'écoule plus d'urine par la périnée. Au 25^e jour, la sonde sus-pubienne est supprimée, on sonde le malade par l'urèthre. Le 60^e jour il sort guéri.

Observation VII (1). — (HAFNER, *Deutsch-Klin*, 43-1866).

Jeune homme tombé sur une fourche. Pénétration (5 à 6 pouces) dans l'anus, traverse le rectum au-dessus du sphincter et gagne la vessie. Aussitôt épreintes et pertes de sang par l'anus ; miction douloureuse. Deux heures après des caillots s'échappent de la plaie rectale, puis une quantité considérable d'urine se fait jour par la même voie. Péritonite localisée, compresses glacées. Au bout de 16 jours, la miction et la défécation reprennent leur cours normal.

Observation VIII. — (C. GAFFREY *Med Times*, 7-1865).

Un cultivateur tombe sur une fourche. L'instrument pénètre à travers le rectum. Pas d'urine à travers la plaie. Peu de sang. Collapsus. Vomissements. La vessie est remplie d'urine sanglante. Compresses chaudes. Alcool. Opium. Quelques temps après l'urine et les matières passent par la blessure.

Observation IX. — (PERRIN-THOUVENIN, *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 3^e série 1872).

M..., serrurier, 50 ans, d'une bonne santé habituelle, alcoolique, était monté sur une échelle pliante pour poser des ferrements au haut d'une fenêtre, lorsqu'elle a glissé

(1) La plupart des observations qui suivent ont été empruntées au mémoire de Batrels. Nous regrettons de n'avoir pu les retrouver toutes *in extenso*. Il nous a été impossible de retrouver tous les originaux indiqués par cet auteur.

en s'ouvrant sur le parquet et il est tombé de manière à être empalé par le pied d'une chaise retournée sur une autre chaise. Le sphincter a été déchiré et le pied de la chaise s'est enfoncé de manière à pénétrer, recouvert d'un morceau de pantalon, enlevé comme à l'emporte-pièce, jusque dans la vessie. M... a été porté dans son lit sans que la présence du drap dans sa vessie eût été le moins du monde soupçonnée.

Les soins ont consisté dans la position élevée du siège et le rapprochement des lèvres de la plaie qui était constamment baignée d'urine ; puis lavages répétés avec de l'eau pure ou légèrement chlorurée. Une sonde, introduite le premier jour dans le canal de l'urèthre, pénétrait tantôt dans la vessie, tantôt dans le rectum, à travers la plaie. J'ai essayé de laisser séjourner une sonde dans la vessie, mais, au bout de très peu de temps, 24 heures à peine, elle avait créé une urétrite très douloureuse ; j'ai enlevé la sonde qui n'empêchait pas, du reste, à l'urine de passer en totalité dans le rectum. En introduisant la sonde dans le canal, j'avais déterminé une contraction énergique de la vessie, de sorte qu'un jet considérable d'urine avait été projeté avec force à travers le rectum, et j'en fus d'autant plus surpris, qu'avec une plaie aussi large, il ne devait presque plus rester d'urine dans la vessie. Vers dix jours après l'accident un peu d'urine a commencé à passer par le canal, lorsqu'un jour, brusquement, impossibilité d'uriner. Je l'ai sondé et, sans avoir éprouvé la moindre sensation de la rencontre d'un obstacle, sans même, je crois, avoir introduit la sonde jusque dans la vessie, l'urine est venue et est sortie à plein jet.

Cette impossibilité d'uriner s'était présentée trois ou quatre fois encore dans l'espace de 5 à 6 jours et avait toujours fini par céder après quelques tentatives pour uriner ou avec la sonde, lorsque, dans la nuit du 28 au 29 avril, après plusieurs heures d'effort et de souffrance, une sorte de bouchon a été projeté violemment du canal. Ce bouchon était un morceau de drap de 6 à 7 cent. qui avait été enlevé du fond de la culotte de M... pendant la chute, et avait pénétré dans

la vessie, avec le pied de la chaise. Ce morceau rapproché du pantalon, représentait exactement la partie manquante.

Observation X. — HERVET, cité par BARTELS : *System of surgery*, London, 1880-71.

Un homme tomba sur un bras de chaise brisée ; il eut le rectum et la vessie transpercés. La mort qui s'ensuivit peut être rapportée à l'issue de l'urine dans le péritoine.

Autre cas. Un homme de 46 ans, en jouant avec un camarade, tomba d'un tas de fagots sur un pieu. Le pieu entrant par l'anus transperça la portion antérieure du rectum et la partie postérieure de la vessie, située immédiatement en arrière de la prostate.

La blessure admettait l'index. Le malade éprouvait des douleurs intolérables. Il fut saigné et prit de l'opium. Cataplasmes chauds sur l'abdomen, 2 mois de repos. Au bout de ce temps l'urine passait par l'urèthre.

Observation XI. — (BINGHAM : *Des Maladies de la vessie*, Magdebourg, 1823).

Jeune garçon tombe sur un piquet. Le piquet pénètre à travers le périnée jusque dans la vessie. Un fragment de bois est resté dans la blessure et entretient une fistule. Extraction du fragment. Guérison rapide.

Observation XII. — (BINGHAM).

Un homme tombe du haut d'un escalier sur la pointe d'un manche à balai : il avait les jambes écartées. La pointe pénètre au voisinage de l'anus, traverse le rectum et atteint la vessie. On place une sonde, six heures après l'accident l'urine apparaît sur la plaie, des matières fécales passent par l'urèthre. Symptômes de corps étranger dans la vessie. Une douleur atroce expulse un fragment de bois relativement volumineux. Guérison.

Observation XIII. — (Catal. de l'hosp Saint-Georges, London, 1866).

Un homme de 43 ans tombe d'une table sur une chaise, La pointe pénètre à travers l'anus jusque dans la vessie. Violentes douleurs abdominales. Collapsus. Urine sanglante.

Péritonite. Autopsie. Le rectum et le bas-fond de la vessie sont perforés : le côté droit de la partie sous-péritonéale de la vessie l'est également. Le péritoine est rempli d'un liquide séro-sanguinolent.

Observation XIV. — (Leroy d'Etiolles : *Traité de la Gravelle*, Paris, 1886).

Un homme, 29 ans, tombe d'un échafaudage sur une brouette dont un éclat le blesse. L'extrémité pénètre à travers le périnée (entre la protubérance ischiatique et l'anus) jusque dans la vessie. Douleurs intenses dans la région hypogastrique. Pas d'urine par la plaie. Urine sanglante par l'urèthre. En six jours la plaie est cicatrisée ; au bout de quatorze jours il reprend son travail. Ulérieurement, calculs vésicaux. Lithotritie plusieurs séances ; on retire une écharde incrustée. Guérison.

Observation XV. — (BUCKING : *Baldinger's News Magazin*, Bd 4, p. 225, 1872).

Un homme tombe sur un pieu. La pointe pénètre à travers le rectum jusque dans la vessie. Fistule vésico-rectale longue et douloureuse. Guérison.

Observation XVI. — (Schütte *Medicinish. Leitung*, 1840, t. 11).

Un homme de trente ans tombe sur un piquet. La pointe pénètre à travers le périnée jusque dans la vessie. Urine coule par la plaie. Guérison rapide.

Observation XVII. — (GIBBS : *Buffalo Journal Chirurgie*, V. 10, p. 16).

Un homme de 55 ans tombe sur un piquet. La pointe pénètre à travers le rectum jusque dans la vessie. Hémorrhagie abondante. Guérison en quelques semaines.

Observation XVIII. — (SCHLOCKE : *Richters Bibliothek*, II, p. 48. Gothe, 1872).

Un soldat tombe d'un arbre sur une palissade ; pendant un quart d'heure, il y reste empalé. La pointe pénétra du côté gauche du périnée, jusque dans la vessie. La pointe est sentie sous la peau au niveau de la ligne blanche. L'urine coule

par la plaie, celle qui coule par l'urèthre est très sanglante. Extraction d'un bout de palissade de la grosseur du bras. Suppuration abondante. Inflammation des cuisses, des testicules et de la paroi abdominale. Au bout de sept semaines, on place une sonde ; deux abcès s'ouvrent et donnent passage à des fragments de bois. Peu de temps après, autre fragment par l'urèthre. Quinze mois après, calculs vésicaux.

Observation XIX. — (C. S. M. LANGENBECK, cité par BARTELS).

Chute sur un piquet de hêtre. La pointe pénètre à travers l'anus jusque dans la vessie. Issue inconnue.

Observation XX. — (CHOPART : *Traité des Maladies urinaires*, Paris 1830).

Un matelot tomba d'un mât sur des éclats de bois, dont quelques-uns lui entrèrent, par l'anus, jusque dans la vessie : il en résulta une fistule urinaire par le rectum. Consulté au bout d'un an, Camper sentit bien les morceaux de bois, mais ils résistaient à l'extraction ; la sonde, introduite dans la vessie, lui fit soupçonner que leur extrémité était entourée de masses calculeuses ; il incisa le trajet fistuleux et tira, par ce moyen deux pierres oblongues formées au bout de deux morceaux de bois. Guérison rapide.

Observation XXI. — (CHOPART-WILLISON, *Idem*).

En mars 1755, un forgeron pousse avec tant de violence un fer rouge dans le derrière d'un jeune homme, que l'instrument lui entra à environ un pied $1/2$ dans l'anus, pénétra dans le bassin et sortit par la ligne blanche un peu au-dessus du pubis. M. Villison vit ce jeune homme quelques heures après il avait le pouls faible et intermittent ; il rejetait de temps à autre une matière bilieuse, et éprouvait de vives douleurs dans le bas-ventre. Elles furent bientôt suivies de sueurs froides et d'insomnie. Saignée de onze onces, lavement térébenthiné ; vingt-quatre heures après la blessure, le malade n'avait pas rendu une goutte d'urine, malgré la grande quantité de boisson prise. Pouls plus dur et plus agité. Saignée de onze onces, fomentations etc. ; trente heures après la bles-

sure, le malade rendit un peu d'urine, elle était fort trouble, comme l'est celle de ceux qui ont des calculs vésicaux. Lavement. Le troisième jour il rendit des urines et de gros excréments par la plaie inférieure, et il ne passa presque rien par les voies naturelles, excepté cependant, un peu d'urine épaisse. Les accidents continuèrent environ dix jours, pendant lesquels l'usage des remèdes énoncés fut continué. Alors les urines reprirent leur cours ordinaire. Après dix autres jours, les excréments sortirent par l'anus et le malade fut guéri au bout de six semaines.

Observation XXII. — (GALENUS 1542): *Operum, tomus quartus*).

Jeune homme blessé d'un coup d'épée. La pointe pénètre à côté de l'anus jusque dans la vessie. Pendant trois jours il coule un peu d'urine par la plaie, le quatrième jour de l'urine et des matières. Guérison.

Observation XXIII. — (LITTMANN : *Medicina forensis*, Francfort, 1706).

Homme. Coup de couteau de chasse. Entrée entre le coccyx et le sacrum, Le blessé tombe à terre, il sort de l'urine et du sang par la plaie qui admet le petit doigt. Organes génitaux noirs et tuméfiés. Mort le troisième jour.

Autopsie. — Beaucoup d'urine sanguinolente dans le péritoine. La vessie est percée à un travers de doigt du col et un peu à droite.

Observation XXIV (BORELLUS : *Histor. Observat.* Francfort, 1670).

Un berger au cours d'une lutte tombe frappé d'un coup de couteau. La pointe avait pénétré à travers le périnée jusque dans la vessie. L'urine coule d'une façon continu par la plaie, tandis que quelques gouttes seulement passent par l'urètre. Guérison facile.

Observation XXV. — (TULPIUS : *Observat. Medicin.* Lyon, 1716).

Jeune homme, coup de corne de bison. Entrée : périnée. Une sonde placée dans la plaie glissa dans la vessie. La plaie

se rapetisse. Plus tard calcul vésical. Extraction de la sonde par la taille. Guérison.

Observation XXVI. — (ANDREW et SMITH : *Hop. St-Barthol* 10. V. p. 43. 1874).

Garçon 14 ans. Chute sur l'extrémité d'une pince tranchante. Entrée : anus. Le lendemain il entre à l'hôpital avec une péritonite, deux jours après infiltration urinaire du périnée et du scrotum : incision. Le quatrième jour écoulement d'urine par l'anus. Le cinquième jour le catheter évacue une urine fétide. Mort le dixième jour. Autopsie. Petite plaie sur la paroi postérieure de la vessie. Infiltration urinaire rétro-péritonéale remontant en haut jusqu'aux côtes, allant en arrière jusqu'au sacrum et en bas jusqu'à la racine antérieure de la cuisse.

Observation XXVII. — (DESGRANGES : in *Thèse de Maltrait* p. 48. Lyon, 1881.)

B..., en sautant un fossé, tombe en arrière, le corps plié en deux. Le siège proéminent, par suite de l'attitude, tombe sur le tronc d'un jeune arbre coupé en bec de flûte. L'an us arrive juste sur le corps vulnérant qui l'écarte plus qu'il ne le déchire, si bien que, plus tard, on ne trouve à l'extérieur aucune cicatrice révélatrice d'une déchirure quelconque. En un mot l'inspection de la région ne pouvait en rien faire soupçonner un sérieux traumatisme. Cependant la pointe avait pénétré jusque dans la vessie. Le lendemain le malade se présente à l'hôpital avec des symptômes péritonéaux vite écartés d'ailleurs. Plusieurs mois après M. Desgranges, constate une fistule recto-vésicale. L'urine s'accumule dans le rectum jusqu'à produire le besoin de défécation, et alors elle est expulsée comme une selle liquide toutes les deux ou trois heures. Plusieurs fois on tente de fermer la fistule, chaque fois orchite gauche. Demi guérison de la fistule.

Observation XXVIII. — (OLLIER, in *thèse de Maltrait, loc. cit.*)

P. Z..., cultivateur, 22 ans, tombe d'une meule de paille, les jambes écartées, sur une palissade. Il perd une grande quan-

tité de sang. Un médecin appelé se contente de retirer de la plaie des morceaux de bois et de la paille. Le 9 septembre il entre à l'Hôtel-Dieu ; phénomènes péritonéaux. Le toucher fait constater des corps étrangers. Tout-à-fait en arrière des bourses il existe une ouverture de trente à trente cinq millimètres à bords mâchés. Au spéculum, on constate une perforation rectale et on retire un morceau de bois de dix cent. sur trois cent. Ce corps étranger était logé dans la vessie. Grande quantité d'urine par le rectum et la plaie. La sonde ramène une urine sanglante. Les phénomènes péritonéaux s'accroissent. Mort.

Autopsie. — Péritonite très limitée ; léger exsudat dans le petit bassin. On constate une double perforation de la vessie sur sa face postérieure. La première située à quelques millimètres en arrière de la prostate ; la deuxième, située à quinze millimètres environ au-dessus du cul-de-sac recto-vésical a perforé le péritoine. Il existe, en outre, une double perforation du rectum qui est traversé. La pointe du morceau de bois est allée se loger dans la colonne vertébrale près de l'angle sacro-vertébral ; elle a pénétré à une profondeur de cinq millimètres.

L'intestin grêle avait aussi été blessé par une esquille ; il y avait des matières fécales dans l'abdomen.

Observation XXIX. — (JOBERT DE LAMBALLE, *Journal hebdom.* ; 1833).

Une jeune fille tombe de cheval sur un banc. Un crayon qu'elle avait dans sa poche lui pénètre, dit-elle, jusque dans la vessie pendant sa chute (!). Peu de sang dans le vagin et la vessie (ou masturbation).

Le crayon s'incrusta et fut retiré par la taille vaginale.

CONCLUSIONS

I. — Les blessures de la vessie à point de départ périnéo-anal ne se rencontrent guère que chez l'homme.

La vessie est à peu près fatalement atteinte dans l'empalement accidentel.

Le sujet tombe d'une certaine hauteur; les jambes écartées ou pliées en avant.

II. — Le rectum est intéressé très différemment ou même n'est pas intéressé, suivant que la pénétration se fait en arrière, sur les côtes ou en avant, à travers l'anus. Dans ce dernier cas on peut n'avoir aucune lésion extérieure, alors même que les désordres profonds sont considérables.

23 fois sur 28 (79 0/0), la fistule vésicale communique avec le rectum.

III. — Ces blessures se compliquent:

11 fois sur 23 de fistules recto-vésicales persistantes.

7 fois sur 28 de calculs vésicaux.

Rarement de plegmon urinaire ou d'orchite.

IV. — Ces blessures sont particulièrement bénignes, si la plaie est extra-péritonéale ; dans l'immense majorité des cas le malade guérit. Il existe, à ce point de vue, une différence considérable entre ces blessures et celles qui atteignent la vessie par un autre mécanisme.

V. — Au point de vue opératoire, ces fistules seront traitées par les méthodes actuelles d'avivement et de sutures n'intéressant pas la muqueuse. La pratique qui consiste à se donner du jour en fendant les tissus de l'anus au coccyx, a donné un beau succès, dans le cas unique, il est vrai, où il a été employé. Dans le cas de blessure intra-péritonéale, on pourra aussi aborder la plaie vésicale à travers la vessie par la cystotomie sus-pubienne.

Le cystoscope est indispensable pour l'exploration et la vérification de la vessie dans le cas où l'on soupçonne la présence d'un corps étranger.

Vu :

Le président de la Thèse,

M. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

LORTET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 juillet 1901.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BARTELS. — *Archiv. für Klinische Chirurgie von Langenbeck*, tome 22, année 1878, p. 517 et suivantes. Voir spécialement la Bibliographie, page 521.

BRIDDON et POST. — *Bulletin des Sciences Méd.*, t. 20, ou mieux : *New-York Medical Journ.*, 16 janvier 1886.

ECOCHARD. — De l'Empalement accidentel, Lyon, 1899, (Thèse).

MALTRAIT. — Contribution à l'étude des plaies de la vessie. Thèse de Lyon, 1889.

POUSSON. — Précis des Maladies des voies urinaires; p. 373 et suiv.

THOUVENIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1872, p. 513.

TILLAUX. — Traité de Chirurgie clinique, 1897, t. II.

VINCENT. — *Revue de Chirurgie*, 1881 ; *Lyon Médical*, 1881.
